

**Szili Ilona**

**Öngyilkosságot megkísérlők interakciódinamikája**

**és**

**megküzdési stratégiái**

**PhD disszertáció**

**TÉZISEI**

**Témavezető: Prof. Dr. Bagdy Emőke**

**PTE BTK Pszichológia Doktori Iskola**

**2011.**

## ***I. A dolgozat témájának bemutatása, problémafelvetés***

Az öngyilkosság fájdalmas, sokkoló esemény a család, a hozzátartozók részére, valamint megoldandó feladat a társadalom, különös tekintettel a szuicidiummal foglalkozó szakemberek számára. Az öngyilkosság multikauzális jelenség, melyet a genetikai és biológiai faktorok, pszichiátriai betegségek (depresszió fennállása, alkohol, drog abúzus, személyiségzavarok), különböző személyiségtényezők (szorongásosság, agresszió, impulzivitás), pszicho-szociális és demográfiai jellemzők (egyedüllét, munkanélküliség, alacsony jövedelem) egyaránt befolyásolnak (Rihmer, 1996, Henricsson és mtsai, 2001, Qin és mtsai, 2003, Fekete és Osváth, 2004, Balázs, 2009, Rihmer és Fekete, 2009). A fent említett rizikótényezők korai felismerése, pszichiátriai betegségek esetén a pontos diagnosztizálás, adekvát kezelés kitüntetett szereppel bír az öngyilkosság prevenciójában.

Qin és mtsai (2003) 1981-1997 között 21169 öngyilkosságban meghalt és 423128 túlélő (kontroll) személy négy dán longitudinális regiszterből nyert adatait tanulmányozva arra a következtetésre jutott, hogy a rizikófaktoroknak nemenként különböző erősségű hatása van: férfiaknál a magány, a munkanélküliség, az alacsony jövedelem, mint rizikótényezők erősebben hatnak. Nők esetén a gyermekáldás hiánya, hozható kapcsolatba a nagyobb szuicid rizikóval. Nőknél sokkal gyakoribb a szuicid kísérlet, ezzel szemben a férfiaknál közel háromszor-négyszer gyakoribb a halállal végződő öngyilkosság (NIMH, 2009, Rihmer és Fekete, 2009). Ezt a jelenséget Canetto a szuicid viselkedés nemi paradoxonának nevezte el (Canetto és Sakinofsky, 1998). A férfi és női szuicid viselkedés eltéréseinek hátterében az eltérő módszer-választás (férfiaknál gyakrabban violens) és a nem specifikus szocializáció, másrészt a társadalmi folyamatok változása állhat (Canetto 1992-1993, Canetto és Lester 1995, Rihmer, 2001). A változó társadalmi rendszerekben a szuicid ráta magasabb, mint a stabil kultúrákban. Rihmer (2001) és más kutatók tanulmányaikban kiemelik, hogy egyes változásokon végbemenő kelet európai országokban jellemző az öngyilkosság mértékének a növekedése, és ez különös tekintettel igaznak bizonyult a férfiakra. A szerzők feltételezése alapján ez a változás a férfi szerep normáiban olyan elmozdulást okozott, mely elvárásoknak a férfiak csak nehezen tudnak megfelelni. H. Sas Judit (1988) már a Magyarországon végbemenő rendszerváltás kezdeti szakaszában a nőkkal és a férfiakkal kapcsolatos társadalmi sztereotípiák életéről, eredetéről, és szocializációjáról szóló könyvében felhívta a figyelmet a nőiesség, férfiasság normáinak változásával együtt járó problémákra (H. Sas, 1988). Más vizsgálatok a két nem eltérő szuicid viselkedésében a problémakezelés és a

stresszhelyzet megélésének különbségét emelik ki. Watt és Sharp (2001) alátámasztották ezt tizenkilencezer serdülővel készült komplex vizsgálatukkal, melyben arra az eredményre jutottak, hogy a férfiak inkább a társadalmi státuszvesztésre, a nők a kapcsolatuk megszakadására reagálnak öngyilkossággal. A stresszel, problémahelyzettel való megküzdéssel foglalkozó kutatók leírták, hogy az ineffektív megküzdési mechanizmusok és a pszichikus zavarok egymással kapcsolatban állnak, nevezetesen a depressziót és a szuicid viselkedést szűk körű, maladaptív coping stratégiákkal hozták összefüggésbe (Asarnow és mtsai., 1987, Szili, 2000). A fentieket összefoglalva elmondható, hogy bár elég jól feltérképezhetők az öngyilkosság rizikófaktorai, és ismertek protektív tényezők (Rihmer és Fekete, 2009), mégis kevés olyan vizsgálat van, amely a veszélyeztetett mellett a családi kontextusra is hangsúlyt helyez. A családnak, a hozzátartozónak szerepe van a szuicid magatartás kialakulásában. Az öngyilkosság a családi rendszer patológiáját is tükrözheti (Orbach, 1986). Különböző vizsgálatok a szuicidiumot megkísérlők családi dinamikáját az alábbi sajátosságokkal jellemzik: a családi kapcsolatok lazák, a kohézió szintje alacsony, intimitás hiány, sikertelen problémamegoldás, támogatás hiánya és kommunikációs zavarok (Orbach, 1986, Arcel és mtsai, 1992). A kommunikáció vizsgálatán keresztül a családokat úgy jellemezték, mint ahol a hatékony kommunikáció hiányzik, a kommunikációnak ellentmondásos, „double bind” jellege van, jellemző a problémák elfedése, devalválása vagy a titkolódzás, és ahol megjelenik a halál témaköre is (Bakó, 1990, Koopmans, 1995, Bakó 2002). Koopmans (1995) véleménye alapján a család azért nem tölti be támogató, védő szerepét, mivel a partner is sérült. Más szerzők, hangsúlyozzák, hogy a partner azért nem tud hatékonyan segíteni, mivel sokszor önmaga is hasonló lelki problémában szenved (Canetto és mtsai, 1989, Bakó 2002, Wassermann és Wassermann, 2009).

Dolgozatom fő célja, szuicidiumot megkísérlő, diagnosztizáltan depressziós személyek és házastársaik interakciódinamikájának feltárása volt a kommunikáció és a megküzdési képességek elemzésén keresztül.

## ***II. Célkitűzések és hipotézisek***

Mindezek tükrében dolgozatomban **céljai** az alábbiak voltak:

- 1) A szuicidiumot megkísérlő személy és házastársa kommunikációs stílusának jellemzése, összehasonlítva normál kontroll párokkal.
- 2) Rendszerszemléleti megközelítésből a kommunikációs folyamat „lekottázása” által betekintést nyerni a szuicid párdinamika történéseibe.
- 3) A kommunikáció elemzése által olyan jelzések azonosítása a páciens és partnere kommunikációjában, amelyek lehetővé teszik a szuicid veszély korai észlelését és megelőzését.
- 4) Nemek közti különbség feltárása a kommunikációban, mely esetleges magyarázatul szolgálhat az öngyilkosság nemi paradoxonára.
- 5) Az öngyilkosságot megkísérlőknél a depresszió súlyosságának felmérése és annak vizsgálata, hogy a depresszió súlyossága mentén találunk-e eltérést a kommunikációs stílusban.
- 6) A megküzdési stílus, azaz a coping mechanizmusok feltárása a szuicid kísérletet elkövetőknél, összehasonlítva a magyar standard minta eredményeivel.

**Feltételeztem**, hogy:

- 1) A szuicid személy és párja kommunikációs stílusa különbözik a normál párokétól, és benne felfedhetünk olyan elemeket, amelyek a mögöttes viszonydinamikára, valamint az öndestruktív feszültségre utalnak.
- 2) A viszonymintákban szuicidiumra specifikus jellemzők ragadhatók meg.
- 3) Előző hipotézis alapján a veszély specifikus jegyek prevencióra, előrejelzésre alkalmasak.
- 4) A súlyosabb depresszió eseteiben a kommunikáció olyan regresszív jegyekben ragadható meg, amelyek az enyhébb depresszió eseteiben nem jellemzők.
- 5) A szuicídiumra veszélyeztetett depressziós személyek megküzdési stílus-mintája szignifikánsan eltér a sine morbo személyekétől, és patológia specificitása jól megragadható.

### ***III. Módszerek és vizsgálati személyek***

#### **Módszerek:**

##### ***(1) Közös Rorschach Vizsgálat (rövidítve: KRV):***

A vizsgálat során a Hermann Rorschach által kidolgozott projektív teszt 10 tábláját exponáljuk a vizsgálatban résztvevőknek, azzal az instrukcióval hogy, táblánként egyezzenek meg egy közös válaszban. A válaszjavaslatokat, az egyezkedés/alku folyamatát videón rögzítettük és a nem verbális megnyilvánulásokat külön is lejegyeztük (pl.) elpirul, elsápad, elfordul a párjától, indulatosan reagál, passzívan legyint, ráhagyóan bólint stb.). Az értékelés során a jelölők minden verbális egységet egy adott jelölési rendszer alapján kódjelekkel lejelölnek. A kommunikációs alku folyamata (indító szakasz, alkufolyamat és döntés vagy zárás) táblánként a kódjelek segítségével nyomon követhető. A kódjelek (interakció-jelölők) matematikai statisztikai klaszter-csoportosítással, az interakcióban betöltött szerepük alapján kooperatív, akadályozó és nonkooperatív kódkategóriákba sorolhatók. Finomabb bontásban elkülönítjük az akciókat, aszerint, hogy azok a kommunikáció folyamatában a javaslat kimondására (direkt), illetve a kapcsolat viszonyra vonatkoznak (indirekt), így lehetnek: kooperatív direkt, kooperatív indirekt, akadályozó direkt, akadályozó indirekt, nonkooperatív direkt és nonkooperatív indirekt akciók. A kódjeleket gyakoriság táblázatba gyűjtve további számításokkal index mutatókat kiszámolhatunk: Kooperációs index, Akadályozó aktivitás index, Nonkooperációs index.

A fent említett interakció elemzés mellett, a Rorschach táblák Mérei-féle felszólító jellege alapján a vizsgálati személyek által adott válaszjavaslatok további, tartalmi elemzésnek is alávetethők. A Közös Rorschach teszt részletes leírása a Bagdy E. szerk.: *Párkapcsolatok dinamikája* című könyvben olvasható (Bagdy, 2002).

***(2) Zung-féle depresszió-kérdőív:*** A depresszió fennállásának diagnosztizálásához alkalmazott önkitöltéses kérdőív (Zung, 1965), mely húsz tételből áll. A páciens minden egyes tételt 1-4-ig terjedő Likert-skálán értékeli. Az összpontszámot minden egyes tételhez tartozó pontszámok összege adja meg. A depresszió mértéke 56 pont felett súlyos, 48-55 pont között közepes, 41-47 pontok között enyhének tekinthető. Nem valószínűsíthető depresszió 40 pontértéken vagy alatta (Ágoston és Szili, 2009).

**(3) Pszichológiai Immunrendszer Kérdőív:** A megküzdési lehetőségek (coping potenciálok) feltárására szolgáló kérdőív (Oláh, 1993). A szerző és munkatársai a teszt kialakítása során arra törekedtek, hogy a megküzdést erősítő különböző személyiségjellemzőket egy átfogó mérőeszközbe integrálják. A szerzők a coping potenciálokat olyan kognitív természetű személyiségtényezőknek kezelik, melyek az egyén külvilághoz és az énhez való viszonyán keresztül befolyásolják a stressz vagy problémahelyzetben a személy megküzdési stratégiáinak a kialakulását. A tesztnek hosszabb (128) és rövidebb (80) tételes változata ismert, dolgozatunkban ez utóbbit alkalmaztuk. A vizsgálati személyeknek minden egyes állítást egy négyfokú skálán aszerint kellett megítélni, hogy az mennyire jellemzi őt (tökéletesen jellemzi:4, általában:3, kicsit:2, egyáltalán nem:1). A kérdőív tételei az alább felsorolt 16 megküzdési stratégia dimenziókba sorolhatók: pozitív gondolkodás, kontroll érzés, koherenciaézés, öntisztelet, növekedésézés, kihívás, társas monitorozás, problémamegoldó képesség és leleményesség, énhatékonyság, társas mobilizálás, szociális alkotóképesség, szinkronképesség, impulzuskontroll, érzelmi kontroll, kitartás, ingerlékenység, gátlás. A tesztből négy összesített mutató számolható: megközelítő, monitorozó rendszer; mobilizáló, alkotó, végrehajtó rendszer; önszabályozás; valamint az összesített megküzdési potenciálmutató. A pszichológiai kutatásokban az egyes alszámla pontszámokat és az összesített mutatókat egyaránt használják.

### **Vizsgálati személyek: demográfiai és klinikai jellemzők**

A betegcsoport azokból a szuicid kísérletet elkövető személyekből (N beteg = 32, 24 férfi, 8 nőbeteg) és partnereiből (N partner = 32, 24 nő és 8 férfi) állt, akik három éves időintervallum alatt a Győr-Moson-Sopron megyei Petz Aladár Megyei Kórház III-as pszichiátriai osztályára felvételre kerültek szuicid kísérlet miatt. A kontrollok (N kontroll = 30, 20 férfi, 10 nő) a környezetemben lévő (nem rokon) tapasztalatilag sine morbo, általam ismert házaspárokból kerültek be a vizsgálatba. Vizsgálatomban összesen 124 személy vett részt. A vizsgálatban részt vevő személyek demográfiai és klinikai jellemzőit az 1. táblázatban, a kontroll személyekét a 2. számú táblázatban mutatom be (ls. 1-es és 2-es táblázatok).



párkapcsolata és a párja vállalta a vizsgálatot. A kérdőívek kitöltésére is egy héten belül került sor. A betegek közül sajnálatosan csak 29-en (22 férfi és 7 nő) töltötték ki értékelhetően a Zung-féle depresszió-kérdőívet, a Pszichológiai Immunrendszer kérdőívre mind a 32 beteg válaszolt. A sine morbo kontroll pároknál az önkéntesség feltétele ugyanígy teljesült, a Közös Rorschach tesztfelvételek sikeresen megvalósultak. A Közös Rorschach vizsgálatról videofelvétel és egyidejű hanganyag is készült. Klinikai diagnosztikai szempontból a szuicidiumot megkísérlő betegeket a Zung-féle depresszió skála segítségével egységesen diagnosztizáltam. A 29 beteget eszerint minden esetben a depresszió valamely mértéke jellemezte, melyet az alábbi táblázat szemléltet (ls. 3. táblázat). A táblázatból kiolvasható, hogy a vizsgálatban résztvevő és a Zung-féle depresszió skálát kitöltő betegek 72,41%-a súlyos, 17,24%-a közepsúlyos és 10,34%-a enyhe depresszióban szenvedett.

### 3. táblázat

#### Betegeink depressziójának mértéke a Zung-féle depresszió skála alapján

Nem	Súlyos depresszió	Közepsúlyos depresszió	Enyhe depresszió
Férfi betegek	16	3	3
Nőbetegek	5	2	0
Összes beteg	21 (72,41%)	5 (17,24%)	3 (10,34)

#### Statisztikai feldolgozás:

A **kommunikáció** elemzése során a beteg és a kontroll csoport összehasonlítását kétszemponos vegyes varianciaanalízisekkel végeztem el, melynek független mintás szempontját a fenti két csoport, összetartozó mintás szempontját pedig a nem (férj versus feleség) képezte. Az elemzések függő változói a Közös Rorschach Teszt standard mutatói alkották.

A **depresszió súlyossága** és a **kommunikáció** kapcsolatának elemzésére korrelációs számításokat végeztem.

A **megküzdési** változók esetén a betegminták átlagait az egymintás t-próba segítségével hasonlítottam össze a magyar standard átlagaival.

A **statisztikai számításokat a MINISTAT Programcsomag** (Vargha és Czigler, 1999) segítségével végeztem el.



## ***IV. Eredmények és értelmezésük***

### **(1) Közös Rorschach Vizsgálat**

Dolgozatom célja, a szuicidiumot megkísérlő, diagnosztizáltan depressziós személyek és házastársaik interakció-dinamikájának feltárása volt a kommunikáció és a megküzdési képességek elemzésén keresztül. A kapcsolatok éltető és vivő eszköze a kommunikáció. Rendszerszemléleti megközelítést alkalmazva a kommunikációs folyamat „lekottázása” által a szuicid párdinamika történéseibe kívántam betekinteni, ezáltal elősegítve az öngyilkosság komplex jelenségének jobb megértését. A kommunikáció elemzéséhez Jürg Willi svájci pszichiáter és terapeuta által kidolgozott és Bagdy Emőke és Mtsai által (1996) hazai viszonyokra standardizált Közös Rorschach Vizsgálatot alkalmaztam. A Közös Rorschach Vizsgálat során a pároknak mind a tíz Rorschach táblát exponáltam és táblánként meg kellett egyezniük egy közös válaszban. Mind a verbális, mind a nonverbális megnyilvánulásokat videóra vettük, egyszersmind lejegyeztük. A Közös Rorschach Vizsgálat komplex helyzete nemcsak a vizsgálati személyek feladatmegoldását, konszenzusra jutását, illetve nem jutását, az alku folyamatát tükrözte, hanem jól megjelenítette egymáshoz való viszonyulásukat, a párkapcsolati dinamikát is.

Első lépésben a szuicidiumot megkísérlők és házastársaik (párjaik) interakciós stílusát hasonlítottam össze sine morbo (kontroll) párok interakciós stílusával. Az alábbi eredményekre jutottam: Az egészségesek (sine morbo párok) kooperatívabbak, így a feladathelyzet megoldása során eredményesebbek, mint a szuicid párok. A szuicid pároknál a feladat megoldása során az akadályozás és a nonkooperáció dominált. A sine morbo párokat nemcsak jobb feladatmegoldás jellemezte, hanem az interakciós alku folyamán kapcsolatukért is nagyobb erőfeszítéseket tettek, többet dolgoztak, mint a betegek és párjaik. Ez az összinterakció magasabb számában nyilvánult meg. A betegek és házastársaik a feladatmegoldás helyzetében nemcsak házassági konfliktusukat, párkapcsolati zavarukat jelentették meg, hanem intrapszichés problémáikat is, mely interperszonális és intrapszichés problémák együttesen akadályozták őket a hatékony feladatmegoldásban. Erről az akadályozás, mint jellegzetes interakciós stílus árulkodott. Az akadályozás jellegzetes megnyilvánulási formája a zavar jegyek felszaporodása volt, mely az interakciós folyamat elakadását tükrözte és elővetítette a feladathelyzet kudarcos megoldását is. A zavar reakciók (nevetgélés, hosszú szünet a vizsgálati helyzetben) egyedien a veszélyeztetett csoportot jellemezte. Továbbá a zavar köré összpontosuló interakciós szekvenciák jellegét ismerve levonható az a következtetés, hogy a zavar a krízishelyzetben lévők segélykérésének indirekt

megnyilvánulási formája és szuicid veszélyt jelző szerepe is lehet. Az eredmények azt mutatták, hogy betegeink és párjaik kommunikációját az akadályozás mellett a nonkooperativitás is nagymértékben jellemzi. Nonkooperativitásuk a kommunikációban úgy nyilvánult meg, hogy a feladathelyzetben nem mindig adtak válaszokat, ötleteket, hanem a feladathelyzetből kilépve rossz érzéseiket, belső feszültségeiket vagy élethelyzetük kilátástalanságát fogalmazták meg. Ennek tipikus megnyilvánulási formái a tartalmatlan verbalizációk voltak. Láthatóvá vált, hogy az öngyilkosságot megkísérlők párkapcsolati dinamikája feszültségekkel, szorongásokkal, kielégítetlen vágyakkal teli, nem tudnak a feladat megoldásában hatékonyan együttműködni, nem tudnak kooperálni, mert saját belső problémáik, félelmeik, szorongásaik kötik le pszichés energiájukat, szemben az úgynevezett egészségesekkel, akiknek nincsenek pszichikus zavarai.

Jelen dolgozat egyik sarkalatos pontja a nemi különbségek feltárása volt a kommunikáció folyamatában, mely eredmények értelmezése által úgy véltem, nemcsak hogy közelebb jutunk a férfi-női szuicid viselkedés eltérései megértéséhez, hanem választ kapok arra a jelenségre is, hogy miért több a férfiaknál a halállal végződő öngyilkossági kísérlet. Eredményeim tükrében úgy tűnik, ezen kérdések megválaszolhatók. A beteg és a kontroll csoportot egybevéve és csak a biológiai nem alapján keresve a nemre jellemző sajátosságokat, megmutatkozott, hogy a nők/feleségek a feladathelyzet megoldása során nemi szerepükből adódóan fokozott konszenzuskészséggel, igazodási, alkalmazkodási szándékkal voltak jellemezhetőek.

Érdekesség volt nőknél, különösen a betegcsoport női résztvevőinél (függetlenül attól, hogy a férj vagy a feleség kísérelte meg az öngyilkosságot) a zavar jegyek felszaporodása, ami a női nem fokozott emocionális érzékenységgel, alacsonyabb érzelmi terhelhetőségével hozható összefüggésbe. Ezt a krízishelyzet, (pl.) szuicidiumot megkísérlő férj esetén a veszteségtől való félelem) felerősítheti. Az önmagában és a helyzetében bizonytalan asszony úgy tűnik, tehetetlen és képtelen támaszt, segítséget nyújtani férjének, így az problémahelyzetben magára marad. Ez utóbbi észrevétel akkor válik különösen fontossá, ha a férj kísérel meg öngyilkosságot. Az eredményekben feltűnő volt az is, hogy a nők még tisztán intellektuális helyzetben is, mint maga a feladathelyzet, leginkább érzelmileg és főként a párkapcsolatra reagáltak, nem tudtak „nem nők” lenni.

Az öngyilkosságot megkísérlők és párjaik tehát nonkooperatívabbak, mint a sine morbo párok, és ez a nonkooperativitás különösen igaznak bizonyult a férfi nemre. A férfiak nonkooperativitása az együttműködés hiánya mellett fokozott autonómiaigényt, dominancia törekvést fejez ki. A férjek/férfiak nonkooperativitását két tényezővel hoztam összefüggésbe.

Az egyik tényező a feleség kritikus helyzetben adott reakciója, a másik a férfi nemi szerep és a társadalom felől jövő elvárások. Nevezetesen a szuicidiumot megkísérlő férfi feleségéből a támogató társ elvesztésétől való félelem a bizonytalanságérzés növekedését és fokozott alárendelődési igényt vált ki. A feleség alárendelődése, gyengesége, tehetetlensége a társadalmi és nemi szerepénél fogva autonóm férjben még inkább felerősítheti azt az érzést, hogy neki kell lépni, dönteni, neki kell meghozni a megoldást. Ezt támasztja alá a szuicidiumot megkísérlő férjek számos önálló záróválasza. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a férfiak nonkooperativitása a nemi jellegből adódó sajátosság is, mely a maszkulinitással is összefügg. A szakirodalom alapján a maszkulinitás öngyilkosságban betöltött szerepe nem egyértelmű. Adataim alapján úgy vélem, a férfiakat jellemző maszkulinitás összefüggésbe hozható az öngyilkos viselkedéssel. A statisztikai adatokra alapozva az a koncepcióm alakult ki, miszerint a maszkulinitás (döntési hajlam, dominancia törekvés) önmagában nem, de szuicidiumra veszélyeztetett személynél a szuicidium szempontjából erősen veszélyeztető konstellációt alkot. Pozitív anamnézisű férfibetegnél a maszkulinitás a nonkooperációt fokozva elősegítheti az öngyilkos magatartás megjelenését. Eddigi eredményeim alapján levonható az a következtetés, hogy az öngyilkosságot megkísérlők nonkooperatívabbak, mint a sine morbo párok és ez a nonkooperativitás különösen igaznak bizonyult a férfi nemre. A férfiak nonkooperativitása egyrészt a férfi nemi viselkedésmintákból (dominancia igény, felülkerekedési hajlam, maszkulinitás) származtatható, másrészt a partner viselkedésével és a férfiak felé irányuló társadalmi elvárásokkal hozható összefüggésbe. A nonkooperativitás, főként a férfiaknál azért veszélyes, mert a kezeléssel való együttműködés esélyét csökkenti, ezzel elősegítve a szuicid viselkedés megjelenését. Úgy vélem, ezen megállapítás kellő magyarázattal szolgálhat arra a jól ismert jelenségre, hogy miért nagyobb a férfiak körében a befejezett öngyilkosságok száma.

Az öngyilkosságot megkísérlő neme szerint elemezve, a szuicidiumot megkísérlő férjek/férfiak verbálisan kevésbé, inkább a szimbólumok nyelvén tudták megfogalmazni szuicid készítéseiket, szorongásaikat (pl. tűzhányó, vulkánkitörés, bányarobbanás, atomrobbanás), szemben a nőbetegekkel. Megállapítható tehát, hogy a verbális közlésekben megnyilvánuló agresszív, explozív, impulzív és veszélyt kifejező szimbolikus, képszerű, magas feszültségfokú tartalmak a szuicid veszélyeztetettség felhívó jeleiként értelmezhetők. A szuicidium predikciójában ez az eredmény eredményesen felhasználható.

A dolgozat másik hangsúlyos pontja, hogy a Közös Rorschach Vizsgálat, mint pszichodiagnosztikai eszköz alkalmazása által a szuicidiumot megkísérlők és házastársaik kommunikációjában bizonyítani tudtam a kollúzió jelenségét. Eredményeimet Jürg Willi

kollúzió elméletének keretén belül értelmezve úgy vélem a szuicidium forgatókönyvének egyik kiemelkedő aspektusa a kollúzió, a partner hasonló rejtett sérülésekkel küzd, így képtelen lesz párjának segíteni és a pár tagjai probléma elfedőjátzmát alakítanak ki. A Közös Rorschach jegyzőkönyvekben láthatóvá vált, hogy a szuicidiumot megkísérlő és partnere az összejátszás (kollúzió) által azt kommunikálják, a külvilág felé, hogy „minden rendben van”, miközben a háttérben „halálos játszma” folyik, melyben a résztvevők hallgatólagosan, (sajnos) a „mély tudat” érzelmi szintjén elfogadják az öngyilkosságot, mint végső megoldást. Ezt szimbolikus közléstartalmakban kommunikálják, miközben erre tudatos rálátásuk nincs.

A dolgozatban a kommunikációs folyamat „lekottázása” által nyomon követhetővé vált, hogyan jut el a krízisben lévő személy az öngyilkossáig. A Közös Rorschach kutatások által kibontakozott egy folyamatdinamika, melyet a depresszió-szuicidium kontinuum hipotézisének neveztem el (akut krízis talaján kialakuló szuicidium – depresszió szuicidium nélkül – súlyos depresszió+ párkapcsolati zavar szuicidiummal). A depresszió-szuicidium kutatások igazolták, hogy a KRV módszere igen érzékenyen képes tükrözni a kapcsolati dinamika finom eltéréseit és mintegy lehetőséget ad a depresszió-szuicidium jelenségek intrapszichés/genetikai gyökerű, de interperszónálisan generált magyarázatára.

Arra a kérdésre is választ kerestem, hogy a beteg hangulatára hatással van-e párjának kommunikációs stílusa. Az öngyilkosságot megkísérlő férjek esetén azt az eredményt kaptam, hogy az erősebben akadályozó kommunikációs stílust alkalmazó feleségek férjeire súlyosabb depresszió volt jellemző a Zung skála alapján.

## **(2) A megküzdési stílus feltérképezése**

Másik fő célkitűzésem az öngyilkosságot megkísérlők megküzdési mechanizmusainak a feltárása volt. Az öngyilkosságot megkísérlőknél a megküzdés kognitív tényezőinek vizsgálatakor jelentős megküzdési deficitet találtam, összehasonlítva a magyar standard minta adataival. A szuicid csoport résztvevői a coping potenciálok szinte minden dimenziójában alulteljesítettek. Megállapítható, hogy a megküzdés kognitív deficitje (rosszul működő Megközelítő és Monitorozó rendszer és az Önszabályozó rendszer gyenge működése) nagymértékben hozzájárul kritikus helyzetben az öngyilkos viselkedés megjelenéséhez, mivel az öngyilkosságot megkísérlőknél nem alakult ki kellő pszichológiai immunválasz a stresszhelyzet megoldására, mely megvédené a személyiséget az öngyilkosságtól.

Dolgozatom célja a szuicid párkapcsolati dinamika feltárása, a szuicidium jelenség jobb megértésének szolgálata volt. Úgy vélem, a kapott eredményeknek terápiás konzekvenciái is vannak, melyeket az alábbiakban sorolnék fel:

(1) Az öngyilkosságot megkísérlők nonkooperativitásából adódóan kiemelt figyelmet igényel a szuicid veszélyeztetettek terápiával, kezeléssel való együttműködésének feltérképezése, illetve a compliance fejlesztése. Minthogy a férfiak nemi szerepükénél fogva a befejezett szuicidium szempontjából különösen veszélyeztetettek, ezért az öngyilkosságot megkísérlő férfiak pszichoterápiájában fontos stratégiai lépés az érzelmkifejező és kapcsolatteremtő verbalizációs készség fejlesztése azzal a céllal, meg tudják fogalmazni vágyaikat, érzéseiket, problémáikat, rossz érzéseiket illetve képesek legyenek segítséget kérni.

(2) Mivel az öngyilkosság multikauzális jelenség, így megelőzése, kezelése csak komplex úton történhet. Egyrészt magának a terápiás teamnek is képviselni kell ezt a komplexitást (pszichiáter, pszichológus, mentálhigiénikus, foglalkoztató, ideggondozó szakembereinek a bevonásával), másrészt elengedhetetlen a partner, a család bevonása a terápiába, hiszen az eredmények jól tükrözik a partner hasonló sérüléseit.

(3) A terápia egyik kiemelkedő feladatákként kell kitűzni a beteg és partnere közt kialakuló halálos játszmának, a kollúzióknak a felfüggesztését, illetve a belőle fakadó veszélyek tudatosító megértését.

(4) Döntően fontos terápiás lépés az adaptív megküzdési stratégiák kialakítása is.

(5) Végezetül, de nem utolsósorban demográfiai elemzésünkből kiderült, hogy öngyilkosságot megkísérlő betegeinknél, főleg férfiak esetében fontos a szociális-gazdasági háttér megismerése, hiszen a férfiak ezen tényezőket jelölték meg leggyakrabban az öngyilkosság okaként.

Jóllehet disszertációm fókuszában a párkapcsolati dinamika feltárása és a szuicid tentáment elkövetők megküzdési stílusának, kognitív tényezőinek feltérképezése állt, a továbbiakban hasznosnak és ígéretesnek tartható minden olyan további kutatás is, amely a beteg és párja mellett az egész családot teszi a vizsgálat tárgyává.

### **Publikációk a disszertáció témájában:**

**Szili I:** Depressziós betegek és családtagjaik interperszonális kapcsolati stílusának összefüggése megküzdési stratégiáikkal. Psych. Hung. 2000.15.(2): 560-565

Rihmer Z, Pestality P, **Szili I**, Belső N: Az enyhe és középsúlyos depresszió kezelésének új lehetősége: az orbáncfű kivonat. Orvostovábbképző Szemle különszám, 2000. Szept.:7-10

Kecskés I., Rihmer Z., Kiss K., Vargha A., **Szili I.**, Rihmer A.: Possible effect of gender and season on the length of hospitalisation in unipolar major depression, **J. Affect Disord.**: 2002 **IF:3,08**

**Szili I.**: A megküzdés kognitív tényezőinek hatása a kommunikációs viselkedésre depressziós betegeknél és családtagjaiknál. Párkapcsolatok dinamikája. In: Bagdy E., 2002. Budapest, Animula kiadó, 305-313.

Varga E, **Szili I.**: Depressziósok párkapcsolati interakciójának jellemzői: önkéntes, önalávető párkapcsolati fogság. Párkapcsolatok dinamikája. In: Bagdy E., Budapest, Animula kiadó 2002.: 284-304.

Bányai ÉA, **Szili I.**: Alkoholisták és házastársaik Közös Rorschach Vizsgálata. Párkapcsolatok dinamikája. In: Bagdy E. Budapest, 2002. Animula kiadó: 351-360.

Ágoston Gabriella, **Szili I**lona: Diagnosztikai kérdőívek és tünetbecslő skálák. A pszichiátria rövidített kézikönyve. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. 2003. Budapest, Medicina kiadó:157-166.

T. Mirnics Zs, Kovács D, **Szili I.**: Kommunikációs és gondolkodási zavar megnyilvánulásai egy szkizofrén páciens családjának interakció mintáiban., *Pszichiátria Hung.* 2005.20. évfo. 2 szám.141-155.

**Szili I.**, György S: Az interakció-dinamika evészavarban szenvedő fiatalok és édesanyjuk kapcsolatában. *Pszichiátria Hung.* 2005.20. évfo. 2 szám: 126-139.

Rózsa S, Rihmer A, Kő N, Gonda X, **Szili I.**, Szádóczky E, Pestality P, Rihmer Z.: Az affektív temperamentum: A TEMPS-A kérdőívvel szerzett hazai tapasztalatok. *Psychiat. Hung.* (2006), 21: 147-160.

S Rózsa, Z Rihmer , X Gonda, **I Szili**, A Rihmer, N Kő, A Németh, P Pestality, G Bagdy, O Alhassoon, K K. Akiskal , H S. Akiskal: A study of affective temperaments in Hungary: Internal consistency and concurrent validity of the TEMPS-A against the TCI and NEO-FFI. **J Affect Disord**, 2008 (106) 45-53, **IF: 3,08**

#### **Publikációk más témában:**

Ágoston G, **Szili I.**: Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. A *Pszichiátria Magyar Kézikönyve*. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. 2001. Budapest, Medicina kiadó, Második kiadás. 239-246.

Ágoston Gabriella, **Szili I**lona: Diagnosztikai kérdőívek és tünetbecslő skálák. A pszichiátria rövidített kézikönyve. In: Füredi J., Németh A., Tariska P. 2003. Budapest, Medicina kiadó:157-166.

**Kongresszusi előadások:**

**Szili Ilona:** Depressziós betegek családi interakciós és lelki megküzdési stratégiáinak összefüggése. 1998. január 28-31, Magyar Pszichiátriai Társaság, IV. Nemzeti Kongresszus, Budapest

György Sándor, **Szili Ilona**, Rihmer Zoltán: A kognitív értékelés hatása a megküzdési stílusra és az emocionális állapotra táplálkozásvárosságban szenvedőknél. 1998. január 28-31, Magyar Pszichiátriai Társaság, IV. Nemzeti Kongresszus, Budapest

**Szili Ilona:** Depressziós betegek és családtagjaik interperszonális kapcsolati stílusának összefüggése coping stratégiáikkal. 1998. április 15-18. XIII. Országos Pszichológiai Tudományos Nagygyűlés, Pécs

**Szili Ilona:** A megküzdés kognitív tényezőinek hatása a kommunikációs viselkedés kialakítására depressziós betegeknél és családtagjaiknál. 1999. január 27-30, Magyar Pszichiátriai Társaság, VII. Vándorgyűlés, Debrecen

Magyar Családterápiás Konferencia, 1999. április Székesfehérvár

Emőke Bagdy, **Ilona Szili**, Rita Sasvári: Spiegelung der Psychodynamik der Paar-und Familienbeziehungen im Gemeinsamen Rorschach Test, 1999. július 4-8, II. Pszichoterápiás Világkongresszus, Bécs

György Sándor, **Szili Ilona**, Rihmer Zoltán: Evészavarban szenvedő betegek vizsgálata Rorschach teszttel és Beck kérdőívvel. 2000. január 26-29, Magyar Pszichiátriai Társaság VIII. Vándorgyűlés, Győr

**Szili Ilona**, György Sándor: Bulimiás betegek és hozzátartozóik interakció-dinamikájának vizsgálata Közös Rorschach vizsgálati helyzetben. 2001. január 24-27, Magyar Pszichiátriai Társaság IX. Vándorgyűlés, Miskolc

**Szili Ilona:** Öngyilkosságot megkísérlők és hozzátartozóik interakció-dinamikai vizsgálata. 2001. január 24-27, Magyar Pszichiátriai Társaság IX. Vándorgyűlés, Miskolc.

Emőke Bagdy, **Ilona Szili**, Noémi Császár. Investigation of Interaction Dynamics in Depressive Patients and their Proxies in the Consensus Rorschach, 2001. június 26-30, IV. Európai Családterápiás Konferencia, Hungary, Budapest.

**Szili Ilona**, György Sándor: Mother-patient interaction dynamics in patients with bulimia, 2001. június 26-30, IV. Európai Családterápiás Konferencia, Hungary, Budapest.

Varga Gábor, **Szili Ilona**, Kiss Klára: Interakció dinamikai vizsgálat öngyilkosságot megkísérlők és hozzátartozóiknál. 2001. június 26-30. IV. Európai Családterápiás Konferencia, Magyarországon, Budapest.

**Szili Ilona**, György Sándor, Endreffy Júlia, T. Mirnics Zsuzsanna: Az agresszió manifeszt és látens megnyilvánulási formái az anya-gyermek kapcsolatban evészavarban szenvedőknél. 2002. március 20-23. Magyar Pszichiátriai Társaság V. Nemzeti Kongresszus, Budapest.

**Szili Ilona**, György Sándor, T. Mirnics Zsuzsanna, Endreffy Júlia: Az anya-gyermek kapcsolat interakció-dinamikája evészavarban szenvedőknél 2002. május 30-június 02, Magyar Pszichológiai Társaság XV. Nagygyűlése, Szeged.

**Szili Ilona**, Kovács Dénes, T. Mirnics Zsuzsanna: Modelling communication process in families of patients with schizophrenia using the Consensus Rorschach. 2002 július 14-18. 3<sup>rd</sup>. World Congress for Psychotherapy, Vienna, Austria, Europe.

**Szili Ilona**, T. Mirnics Zsuzsanna, Varga Gábor, Kovács Dénes: Szuicid túlélők kapcsolati dinamikájának elemzése 2003 január 29 - február 01, Magyar Pszichiátriai Társaság X. Vándorgyűlése, Sopron.

Varga Gábor, **Szili Ilona**: A családdinamikai jellemzők szuicid kísérlet elkövetőknél 2003 január 29 - február 01, Magyar Pszichiátriai Társaság X. Vándorgyűlése, Sopron.

Sándor György, **Ilona Szili**, Emőke Bagdy: Communication style, Dysfunctional attitudes and Coping strategies in eating disorders. 2003 július 06-12. European Congress For Psychotherapy, Vienna, Austria

**Szili Ilona**, Varga Gábor, Vargha András, Rihmer Zoltán: Szuicidiumot megkísérlők és házastársaik interakciós jellegzetességei. 2004 január 28-31, Magyar Pszichiátriai Társaság XI. Vándorgyűlése, Szeged.

**Szili Ilona**, György Sándor: Az anya gyermek kapcsolat szerepe az önkép, a diszfunkcionális attitűdök és a megküzdési stratégiák kialakításában. 2004 május 27-30, Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Tudományos Nagygyűlés, Debrecen.

Varga Gábor, **Szili Ilona**, T. Mirnics Zsuzsanna, Vargha András: Nemre jellemző sajátosságok a szuicid viselkedésben Közös Rorschach Vizsgálat alapján. 2006. január 26-29, Magyar Pszichiátriai Társaság XII. Jubileumi Vándorgyűlése, Budapest.

**Szili Ilona**, Varga Gábor, T. Mirnics Zsuzsanna: Öngyilkosságot megkísérlők családjának interakció-dinamikája a Közös Rorschach Vizsgálat tükrében. 2006. április 1-3, Magyar Családterápiás Egyesület XIX. Vándorgyűlése, Szombathely.

**Szili Ilona**, György Sándor, Vargha András, Bagdy Emőke, Rihmer Zoltán, Kecskés István: Halálugrás az életbe vagy Házasság szenvedély=Szenvedés? 2007. január 24-27, Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése, Miskolc.

**Szili Ilona**, György Sándor, Vargha András, Rihmer Zoltán, Kecskés István: Halálugrás az életbe. 2007. április 13-15, Magyar Családterápiás Egyesület, XXI. Vándorgyűlése, Zalaegerszeg.

#### **Kongresszusi előadások más témában:**

**Szili Ilona**, Belső Nóra, Rihmer Zoltán, : Napfivér Holdnővér II, 2000. január 26-29, Magyar Pszichiátriai Társaság VIII. Vándorgyűlés, Győr

Belső Nóra, **Szili Ilona**, Rihmer Zoltán: Napfivér Holdnővér I., 2000. január 26-29, Magyar Pszichiátriai Társaság VIII. Vándorgyűlés, Győr



Hadházi Éva, **Szili Ilona**, Gérecz Ágnes, Végh Fruzsina: Intimitás a kötődés függvényében. A Magyar Pszichoanalitikus Egyesület 17. Konferenciája. 2010. Október, 1-2, Budapest